

incontinência anal nos partos vaginal e cesáreo*

Evaluation of predominance of anal incontinence in vaginal delivery and cesarean section

Monique Azevedo¹
Dirce Bellezi Guilhem²
Tatiana Mitie Watanabe Hobo³
Maria Victória Goulart⁴

Resumo

A Incontinência Anal (IA) é um problema que afeta um número considerável da população. Ao realizar algum tipo de parto, a mulher tem maiores chances de desenvolver essa condição, que, quando tratada, tem bons resultados. O objetivo foi quantificar a predominância da IA em mulheres incontinentes que passaram por parto vaginal ou cesáreo. Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo com 137 prontuários de mulheres com diagnóstico de Incontinência Anal, assistidas em uma clínica particular de Fisioterapia em Reabilitação do Assoalho Pélvico em Brasília. A IA teve maior predominância no Parto Vaginal quando comparada ao grupo do Parto Cesáreo. A prevalência da IA do tipo sujidade foi a mais encontrada em ambos os partos.

Palavras-chave: Incontinência Anal. Parto Normal. Cesárea.

Abstract

Anal incontinence is a problem that affects a considerable number of the population. When performing some type of delivery, the woman is more likely to develop this condition, which when treated, has good results. The objective was quantify the prevalence of AI in incontinent women who had vaginal delivery (VD) or cesarean section (CS). A retrospective, descriptive study conducted with 137 records with a diagnosis of Anal Incontinence (AI), treated in private physiotherapy clinic in Rehabilitation of Pelvic Floor in Brasilia. AI was more prevalent in Vaginal Delivery compared to Cesarean Section. The prevalence of AI of dirt type was the most found in both deliveries.

Keywords: Anal Incontinence. Vaginal Delivery. Cesarean Section.

* Recebido em: 09/09/2016.

Aprovado em: 27/11/2017.

¹ Mestre em Educação Física, Professora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). E-mail: moniazewedo@hotmail.com

² Pós-doutorado em Bioética e Ética em Pesquisa com Seres Humanos e Pós-doutorado em Bioética, Professora titular da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: dirceguilhem@gmail.com

³ Graduada em Fisioterapia pelo UniCEUB. Pós-graduanda em Reabilitação do Assoalho Pélvico pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). E-mail: tatianamitie@gmail.com

⁴ Graduada em Fisioterapia pelo UniCEUB. E-mail: victoriagoulartc@gmail.com

1 Introdução

O assoalho pélvico é composto por músculos, fâscias e ligamentos, os músculos formam dois diafragmas, chamados de diafragma pélvico e diafragma urogenital (FRANCESCHET; SACOMOR; CARDOSO, 2009; FORTUNATO et al., 2011). Esses músculos associados com as fâscias e ligamentos são responsáveis pela sustentação dos órgãos abdominais e pélvicos, proporcionam ação esfinteriana para a uretra, vagina e reto e no parto vaginal, permite passagem do feto (BARACHO, 2012). Os músculos do assoalho pélvico, quando íntegros, apresentam tônus de relaxamento e habilidade de contrair, fazendo a manutenção da continência urinária e fecal (MOREIRA; ARRUDA, 2010; STAFNE et al., 2012).

A correta manutenção da continência fecal é obtida por meio da distinção do conteúdo retal, consistência e volumes adequados, boa capacidade retal para o armazenamento fecal, complacência retal, funcionamento esfinteriano adequado, bom funcionamento dos músculos do assoalho pélvico, manutenção do controle neurológico, emocional e hormonal (SOUZA; SUTER; TONON, 2011; SOUZA; MEJIA, 2012; BALSAMO et al., 2011).

Alguns eventos podem prejudicar a integridade dos músculos do assoalho pélvico, como o ganho de peso, a gestação e o próprio parto (SANTOS; SANTOS, 2011). Durante o período gestacional, além das alterações físicas e psicológicas, ocorre o relaxamento e distensão dos ligamentos pélvicos, permitindo, assim, maior dilatação do canal pélvico, facilitando a passagem do feto no momento do nascimento, caso o parto seja via vaginal. Os eventos que ocorrem durante a gravidez e no parto, o aumento de peso, a situação perineal e a multiparidade são fatores que podem influenciar o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico (BALSAMO et al., 2011).

O parto vaginal é um processo fisiológico, no qual ocorre a expulsão do feto pelas vias vaginais, podendo ocorrer trauma obstétrico, havendo lesão de esfíncter e lesão do nervo pudendo (GARCIA, 2007; LEITE; POÇAS, 2010; PINHEIRO, 2012). No parto cesáreo, a saída do feto ocorre por meio de uma intervenção cirúrgica feita na parede abdominal e uterina, com alto risco de infecção (GARCIA, 2007). Os partos vaginal e cesáreo podem favorecer o surgimento de alterações na musculatura do assoalho pélvico, podendo levar ao surgimento da Incontinência Anal (SANTOS; SANTOS, 2011).

A incontinência Anal é a perda involuntária de fe-

zes líquidas ou sólidas, podendo ou não vir acompanhada de gases. Essa incontinência é caracterizada quando o indivíduo não consegue manter o controle fisiológico do material fecal em local e tempo socialmente adequados, ocasionando perdas de fezes ou gases (FERREIRA; MARINO; CAVENAGHI, 2012; PRETLOVE et al., 2008; ABRAMS, 2010).

Estima-se que cerca de 1,9% a 21,3% da população mundial seja acometida pela incontinência anal, sendo constantemente observada a maior predominância em mulheres e em indivíduos com a faixa etária mais elevada (OLIVEIRA, 2006; ZASLAVSKY; JURACH; CORONEL, 2014; PARES et al., 2011; ALSHEIK et al., 2012).

Não há estudos com precisão de quantas mulheres são acometidas pela IA, alguns estudos estimam que o acometimento em mulheres esteja entre 1% a 16% (PRETLOVE et al., 2008). A IA no sexo feminino pode estar associada aos riscos de lesões do nervo pudendo ou do esfíncter anal, causados por trauma obstétrico, cirurgia do esfíncter anal, distopias genitais e neuropatias diabéticas (OLIVEIRA et al., 2006; ACCETA et al., 2011; MESCHIA et al., 2002).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é quantificar a predominância da Incontinência Anal em mulheres com esse tipo de incontinência que já passaram por parto vaginal ou parto cesáreo.

2 Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo em mulheres com diagnóstico de Incontinência Anal, que passaram por atendimento fisioterapêutico numa clínica de reabilitação do assoalho pélvico em Brasília, Distrito Federal, no período de 2007 a 2016.

Foram analisados 424 prontuários de mulheres diagnosticadas com incontinência anal, em que foi extraída a amostra composta por 137 prontuários, os demais 287 foram excluídos por estarem fora dos critérios de inclusão. As mulheres dessa amostra tinham entre 29 a 89 anos, tendo uma média de 58 anos de idade. Foram coletados dados como idade, número de gestações e partos, tipos de parto e tipo de incontinência anal.

Os prontuários selecionados foram revisados minuciosamente e tiveram como critérios de inclusão: mulheres com histórico de pelo menos um parto, com apenas um tipo de parto, cesáreo ou vaginal, sem restrições de idade e com incontinência anal diagnosticada pela

manometria anorretal (exame que avalia e quantifica as pressões dos esfíncteres anais, músculos que são responsáveis pela continência).

Foram excluídos os prontuários de mulheres com histórico de dois tipos de parto cesáreo e vaginal, anomalia pélvica congênita associada, Síndrome do intestino irritável, doença de Chron, e mulheres com câncer de cólon e reto; além de prontuários incompletos, sem informações necessárias para análise de dados. Foram excluídos 287 prontuários por não atenderem aos critérios de inclusão, sendo 268 por não apresentarem um único tipo de parto, 01 por ter doença de Chron, 12 por apresentarem perda fecal associada à Síndrome do intestino irritável e 06 por terem câncer de pelve.

Assim, foram analisados 137 prontuários, divididos em dois grupos de acordo com o tipo de parto, vaginal ou cesáreo, sendo 90 partos vaginais e 47 partos cesáreos.

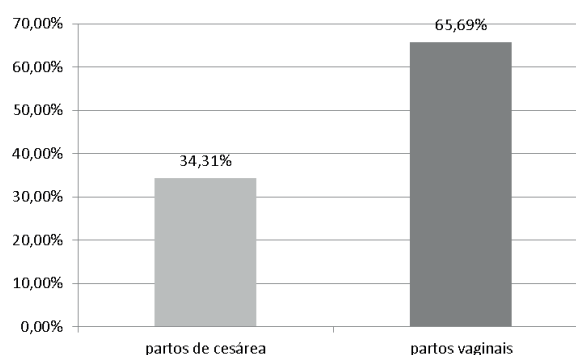
Os prontuários continham informações quanto a dados pessoais, queixas uroginecológicas e sexuais, história patológica, história ginecológica e urológica, história gestacional, sintomas e tipo da incontinência anal, sendo os tipos: sólidas, líquidas, gases e sujidade; frequência evacuatória, situações que ocorrerem a perda, capacidade de discriminação do conteúdo retal para fezes ou para gases e se foi realizada a episiotomia e escore de qualidade de vida relativo ao problema da incontinência, querendo saber o quanto o problema afetaria a qualidade de vida dessa mulher. Porém, para o presente estudo, somente foram utilizados os dados sobre o tipo de parto e o tipo de incontinência anal em cada parto.

O presente estudo obteve aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa do UniCEUB, parecer de Nº 760.892/2014 e atendeu às normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente as pesquisas em seres humanos.

3 Resultados

A amostra foi composta de 137 pacientes do sexo feminino, com idade de 29 a 89 anos, tendo uma média de 58 anos, e que já realizaram algum tipo de parto, cesáreo ou vaginal, todas com o diagnóstico de IA. Das participantes do estudo, 90 realizaram parto vaginal, correspondendo a 65,69% das mulheres incontinentes e as que tiveram parto cesáreo corresponderam a 47 mulheres, com a porcentagem de incontinentes de 34,31% (Figura 1).

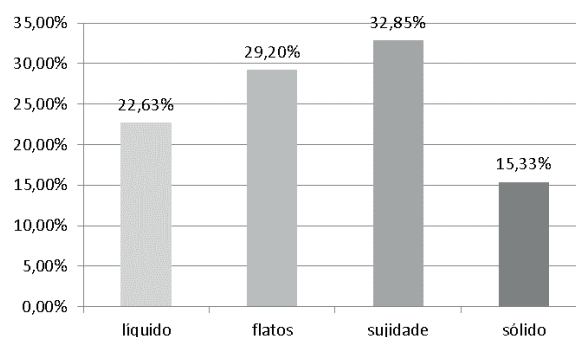
Figura 1 – Mulheres incontinentes em cada tipo de parto



Fonte: Elaborado pelo autor

A figura 2 representa o resultado dos tipos de incontinência apresentada por essas mulheres, em ambos os partos, sendo predominante a incontinência do tipo sujidade 32,85%, seguida da incontinência para flatos 29,20%, líquida 22,63% e sólido 15,33%.

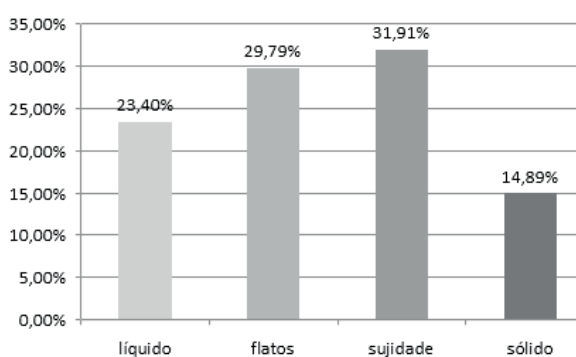
Figura 2 – Tipos de incontinência anal apresentados nos dois tipos de parto



Fonte: Elaborado pelo autor

Quando separadas pelo tipo de parto, 31,91% das mulheres que realizaram o parto cesáreo apresentaram predominância de incontinência anal para sujidade, seguida de flatos com 29,79%, líquido 23,04% e por último a incontinência para conteúdo sólido 14,89% (Figura 3).

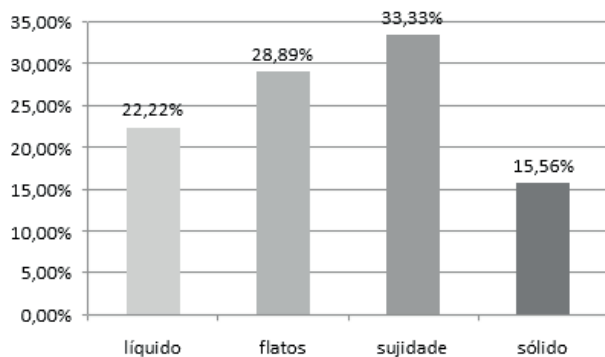
Figura 3 – Predominância da incontinência anal no parto cesáreo



Fonte: Elaborado pelo autor

Já em relação ao parto vaginal, 33,33% das mulheres apresentaram incontinência para sujidade, seguida de 28,89% para flatos, 22,22% para líquido e 15,56% para incontinência de conteúdo sólido (Figura 4).

Figura 4 – Predominância da incontinência anal no parto vaginal



Fonte: Elaborado pelo autor

Quando comparados o parto cesárea com o parto vaginal, vimos que a incontinência para sujidade foi maior no parto vaginal 33,33% enquanto na cesárea foi de 31,91%. Já na incontinência de flatos, 29,79% das mulheres que realizaram parto cesáreo apresentaram esse tipo de perda, enquanto 28,89% das mulheres que fizeram parto vaginal tiveram essa perda. Na incontinência para líquidos, a predominância foi 23,40% no parto cesárea e 22,22% no parto vaginal. Quando comparados à incontinência para sólido, a predominância foi no parto vaginal com 15,56% enquanto o parto cesáreo apresentou 14,89%.

4 Discussão

A IA pode ter diversas etiologias, o parto pode ser um fator contribuinte para o surgimento dessa IA, devido ao trauma direto, a episiotomia ou a lesão do nervo que podem ocorrer durante o parto. Estima-se que 1% a 16% da população feminina seja acometida pela IA (FERREIRA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2006; MESCHIA et al., 2002).

Em relação aos 137 prontuários analisados, 65,69% realizaram parto vaginal. Marcelino e Luanes (2009) e Amaro et al. (2008) afirmam que o parto vaginal é um importante fator contribuinte no surgimento de algumas patologias, dentre elas a IA, confirmando o que foi encontrado no presente estudo. Apenas 34,31% dessa população com IA nesse estudo realizou parto cesáreo. Santos e Santos (2009) também encontraram apenas 7,6% das mulheres que realizaram o parto cesárea tiveram IA.

A incontinência Anal pode se apresentar em graus, que vão de perdas involuntárias de gases a perda de fezes sólidas (LEITE; POÇAS, 2010). Quanto ao tipo de conteúdo perdido na IA, 32,85% das participantes desse estudo relataram ter perdas do tipo sujidade, predominância encontrada também por Alsheik et al. (2012), e, em seu estudo, 48% das participantes apresentaram incontinência para sujidade. A perda de flatos foi relatada por 29,20% das participantes, dado oposto ao encontrado por Zaslavsky et al. (2012), que relata que a incontinência para flatos foi encontrada em 9%, sendo essa a terceira incontinência mais comum em seu estudo. Já a perda de fezes líquidas representou 22,63% das participantes, Damon et al (2006), em seu estudo, encontrou a perda para fezes líquidas em apenas 9,5% das participantes. A perda de conteúdo sólido foi apresentada por 15,33% das mulheres, sendo o tipo de perda fecal menos comum nas mulheres estudadas, dado encontrado por Parés et al. (2011) que, em seu estudo, encontrou uma baixa prevalência em perdas do tipo sólidas, com 4,4%.

A gravidez e os eventos que a envolvem, como aumento do útero, peso do bebê, aumento do peso da mulher, a via de parto, episiotomia, são fatores que contribuem para disfunções no assoalho pélvico (DEUTEKO; STOKER; BOSSUYT, 2007; SOUJA; MEJIA, 2012).

Quando comparamos o tipo de perda entre o parto vaginal e o parto cesáreo, ambos os partos tiveram maiores perdas do tipo sujidade. Os dados observados no parto vaginal com 33,33% e no parto cesáreo 31,91%, corroboram os encontrados por Zaslavsky et al. (2012) que em seu estudo encontrou que 51% apresentavam perdas do tipo sujidade. Nas demais perdas, as predominâncias entre um parto e outro foram semelhantes, em que a perda de flatos foi a segunda maior perda encontrada, na cesárea 29,79% e no vaginal ela correspondeu a 28,89%. Borello-France et al. (2006) encontraram, em seu estudo, dados semelhantes, em que 26,7% das mulheres que realizaram parto cesáreo tiveram incontinência para flatos depois de 6 meses pós-parto, enquanto 17,6% relataram esse tipo de perda no parto vaginal.

A perda de fezes líquidas foi relatada por 23,40% das mulheres que realizaram parto cesárea e 22,22% das mulheres com partos vaginais. No estudo de Oliveira et al (2006), mulheres que apresentaram incontinência para fezes líquidas correspondeu a 15% das que realizaram parto vaginal com uso de fórceps, sendo essa a segunda predominância de perdas relatadas por elas. A perda de

fezes sólidas foi relatada por 15,56% das mulheres com parto vaginal e 14,89% das que tiveram parto cesáreo. Solans-Domenech, Sánches e Espuña-Pons (2010) em seu estudo relataram que a perda de fezes sólidas afetou 11% das mulheres após o parto vaginal ou cesáreo.

A incontinência anal pode ter um grande impacto na vida das mulheres, causando isolamento social, constrangimento, afastamento do emprego e problemas psicológicos, muitas pessoas não relatam a IA para os médicos por vergonha. Problema esse que devemos dar atenção devida para que, assim, possamos fazer o adequado tratamento desses indivíduos acometidos (WHITEHEAD et al., 2009).

5 Conclusão

A escolha do tipo de parto pode influenciar no desenvolvimento da IA, no presente estudo, 65,96% das participantes que tinham IA realizaram o parto vaginal, enquanto 34,31% realizaram parto cesáreo, sendo concluído que a predominância da IA foi nas mulheres que realizaram o parto vaginal. Sendo o principal tipo de IA anal a do tipo sujidade em ambos os partos. Com base nos achados sobre a incontinência anal nesta pesquisa, sugerem-se novos estudos com o intuito de confirmar essa prevalência e estabelecer uma abordagem preventiva e terapêutica na população afetada.

Referências

- ABRAMS, P. et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, v. 29, n. 1, p. 213-240, jan. 2010.
- ACCETA, A. F. et al. Análise da resposta ao biofeedback nos pacientes com incontinência fecal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 31, n. 2, p. 165-168, abr./jun. 2011.
- ALSHEIK, E. H. et al. Fecal incontinence: prevalence, severity, and quality of life data from an outpatient gastroenterology practice. *Gastroenterology Research and Practice*, v. 2012, p. 1-7, 2012.
- AMARO, J. L. et al. Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina*, v. 36, n. 8, p. 505-510, ago. 2008.
- BALSAMO, F. et al. Correlação entre achados manométricos e sintomatologia na incontinência fecal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 31, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2011.
- BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BORELLO-FRANCE, D. P. T. et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 108, n. 4, p. 863-872, out. 2006.
- DAMON, H. D. et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, v. 30, n. 1, p. 37-43, jan. 2006.
- DEUTEKOM, M. B. F.; STOKER, J.; BOSSUYT, P. Clinical presentation of fecal incontinence and anorectal function: what is the relationship? *American Journal of Gastroenterology*, v. 102, p. 351-361, 2007.
- FERREIRA, M. C. et al. Correlação entre a incompetência esfinteriana anal e a prática de sexo anal em homossexuais do sexo masculino. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 30, n. 1, p. 55-60, jan./mar. 2010.
- FORTUNATO, G. L. et al. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. *Cadernos da Escola de Saúde*, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 143-158, 2011.
- FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L.; Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Revista Brasileira Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 383-9, set./out. 2009.
- FERREIRA, L. L.; MARINO, L. H.; CAVENAGHI, S. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal no idoso. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 37, n. 7, p. 168-172, set./dez. 2012.
- GARCIA, M. H. M. P. *Avaliação fisioterapêutica de puérperas imediatas de parto normal e parto cesária*. 2007. 76 f. Monografia (Graduação) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- LEITE, J.; POÇAS, F. Tratamento da incontinência fecal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 7, n. 2, p. 68-72, 2010.
- MARCELINO, T. C.; LANUEZ, F. V. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. *ConScientiae Saúde*, v. 8, n. 2, p. 339-344, 2009.
- MESCHIA, M. et al. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary and genital prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, v. 100, n. 4, p. 719-723, oct. 2002.

MOREIRA, E. C. H.; ARRUDA, P. B. Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentais jovens e climatéricas. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 53-61, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, L. Incontinência fecal. **Jornal Brasileiro Gastroenterologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 35-37, jan./mar. 2006.

OLIVEIRA, S. C. M. et al. Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 43, n. 2, p. 102-106, abr./jun. 2006.

PARÉS, D. et al. Prevalence of faecal incontinence and analysis of its impact on quality of life and mental health. **Colorectal Disease**, v. 13, n. 8, p. 899-905, 2011.

PINHEIRO, A. T. A. V. **Parto vaginal e disfunções do pavimento pélvico: novas perspectivas**. 2012. 36 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012.

PRETLOVE, S. J. et al. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? a comparative systematic review. **BJOG**, v. 115, p. 421-434, 2008.

SANTOS, C. R. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre – Minas Gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 180-186, 2011.

SANTOS, C. R. S.; SANTOS, V. L. C. G. Epidemiologia das incontinências urinárias e anal combinadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 328-330, 2009.

SOLANS-DOMÈNECH, M.; SÁNCHEZ, E.; ESPUÑA-PONS, M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 3, p. 618-628, mar. 2010.

SOUZA, J. A.; MEJIA, P. M. **A real influência do parto normal sobre o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico: revisão literária**. 2012. 13 f. Monografia (Pós-graduação) – Faculdade Ávila, 2012.

SOUZA, G. P.; SUTER, T. M. C.; TONON, E. Tratamento fisioterapêutico em incontinência fecal com estimulação elétrica do nervo tibial posterior e cinesioterapia: relato de caso. **Revista Hórun**, v. 5, n. 3, p. 73-80, jul./set. 2011.

STAFNE, S. N. et al. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. **BJOG**, v. 119, n. 10, p. 1270-1280, sep. 2012.

ZASLAVSKY, C. et al. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 289-294, out./dez. 2012.

ZASLAVSKY, C.; JURACH, M. T.; CORONEL, A. L. Incontinência anal: tratamento clínico em serviço de saúde pública de Porto Alegre, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 220-224, jul./set. 2014.

WHITEHEAD, W. E. et al. Fecal incontinence in U.S. adults: epidemiology and risk factors. **Gastroenterology**, v. 137, n. 2, p. 512-517, 2009.